

Al Direttore Generale
c/o Al Responsabile del Servizio di Psicologia
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Oggetto: Richiesta per effettuare tirocinio post-laurea in psicologia.

La/il sottoscritto/a _____
nato/a il ___ / ___ / ___ a _____ (____);
residente in via/piazza _____ n. _____
Città _____

CHIEDE di essere ammessa/o alla frequenza del \triangle 1° semestre / \triangle 2° semestre (indicare il semestre che interessa) dal _____ al _____

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità (DPR 445 del 28/12/2000):

di avere conseguito la Laurea in Psicologia presso l'Università degli Studi di _____
in data _____ riportando il punteggio finale di _____
ovvero conseguirà il diploma di laurea entro il _____

Dichiara inoltre (solo per chi chiede la frequenza del 2° semestre) che sta svolgendo il tirocinio post laurea obbligatorio presso _____
nell'area _____

Per ogni comunicazione relativa si prega di utilizzare i seguenti recapiti:

Via/piazza: _____ n.° _____
Città _____ Prov. _____ CAP _____
Telefono: _____ oppure _____
mail _____

La/il sottoscritta/o in caso di ammissione si impegna a stipulare prima dell'inizio del periodo di tirocinio, polizza assicurativa nel rispetto dei massimali:

- morte
- per responsabilità verso terzi
- malattie professionali ed invalidità permanente

Data / / _____

FIRMA

Si allega copia del documento di identità.
